

Strategi Global Pengendalian Tembakau

Widyastuti Wibisana, Yodi Christiani, Albert Maramis, Jusni I. Solichin, Stephanus Indradjaya
World Health Organization Country Office for Indonesia

ABSTRAK

Penggunaan tembakau telah menjadi masalah kesehatan global, baik di negara maju maupun negara berkembang. Tembakau telah membunuh 100 juta jiwa selama abad ke 20 dan diperkirakan akan membunuh 1 milyar jiwa pada abad 21 bila hal ini terus dibiarkan. *World Health Organization* (WHO) pada awal tahun 2008 telah mengajukan enam langkah strategis pengendalian tembakau yang merupakan pencermatan traktat internasional aksi global pengendalian tembakau atau *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC). Keenam langkah tersebut meliputi Monitor penggunaan tembakau dan kebijakan pencegahannya; Perlindungan terhadap asap rokok; Optimalkan dukungan untuk berhenti merokok; Waspadakan masyarakat akan bahaya tembakau; Eliminasi iklan, promosi dan sponsor terkait tembakau; dan Raih kenaikan cukai tembakau (MPOWER). Keenam langkah ini, bila dilaksanakan secara komprehensif yang melibatkan berbagai pihak akan dapat mengendalikan dampak penggunaan tembakau.

Kata kunci : penggunaan tembakau, strategi pengendalian tembakau, MPOWER

ABSTRACT

Tobacco consumption has become a global burden of disease, both in developed and developing countries. Tobacco has killed 100 millions people in 20th century and unless urgent action is taken, it is predicted that 1 billion people in total will be killed by tobacco related diseases in this century. In the early 2008, World Health Organization has developed six strategic policies in tobacco control which reflect the global action in tobacco control or Framework Convention on Tobacco Control (FCTC). The six policies are Monitor tobacco use and prevention policies; Protect people from tobacco smoke; Offer help to quit tobacco use; Warn about the danger of tobacco use; Enforce bans tobacco on advertising, promotion and sponsorship; Raise taxes on tobacco. These six policies should be implemented comprehensively to control the impact of tobacco use.

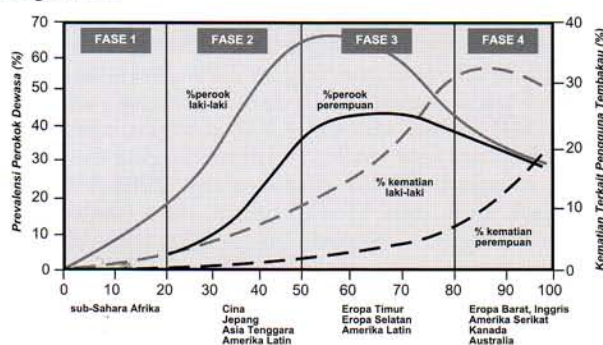
Key words : tobacco use, tobacco control strategy, MPOWER

PENDAHULUAN

Penggunaan tembakau merupakan salah satu penyebab kematian terbesar di seluruh dunia. Tembakau merupakan faktor risiko pada enam dari delapan penyebab kematian terbesar di dunia¹. Ia telah membunuh 5,4 juta jiwa pada tahun 2005 dan 100 juta jiwa secara keseluruhan selama abad ke-20 melalui penyakit-penyakit yang terkait dengan penggunaan tembakau. Bila hal ini terus dibiarkan maka pada tahun 2030, diperkirakan akan ada 8 juta jiwa melayang karena tembakau atau total berjumlah 1 milyar jiwa dalam abad 21.²

Masalah yang semula terjadi hanya di negara maju kini telah melanda negara-negara berkembang yang sedang berada pada fase kedua dari empat fase masalah epidemik tembakau (grafik 1).^{3,4} Pada fase ini, prevalensi pengguna tembakau, baik pria maupun wanita, meningkat namun kematian yang diakibatkannya masih relatif rendah bila dibandingkan dengan penggunaannya. Hal inilah yang membuat pemerintah di negara-negara berkembang masih belum memberikan perhatian yang cukup bagi pengendalian dampak tembakau, selain karena banyak negara menganggap

ekonominya masih ditopang oleh industri tembakau.⁵ Padahal, pendapatan negara dari cukai rokok tidak sebanding dengan biaya kesehatan yang harus dikeluarkan untuk mengatasi dampak kesehatan yang ditimbulkannya. Menurut Kosen, biaya kesehatan yang dikeluarkan oleh Indonesia pada tahun 2005 adalah sebesar 18,1 milyar dolar Amerika atau sekitar 5,1 kali pendapatan negara dari cukai tembakau pada tahun yang sama.⁶



Grafik 1. Empat fase pola epidemiologi penggunaan tembakau⁴

ALAMAT KORESPONDENSI

Widyastuti Wibisana
World Health Organization Country Office for Indonesia
Bina Mulia I Building 9/F. Jl. HR. Rasuna Said Kav. 10 Kuningan Jakarta

UPAYA PENGENDALIAN KONSUMSI DAN DAMPAK TEMBAKAU

Pada tahun 2003, Musyawarah Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) telah menyepakati *Framework Convention on Tobacco Control* sebagai traktat internasional pengendalian tembakau di seluruh dunia, meliputi 38 pasal aksi global pengendalian tembakau pada berbagai aspek seperti pengendalian promosi, sponsor dan iklan produk tembakau; perlindungan bagi perokok pasif, kemasan dan pelabelan kemasan produk tembakau, pajak dan cukai tembakau serta pemberantasan penyelundupan dan penjualan ilegal tembakau dan produknya.⁷

Senada dengan FCTC yang disepakati dan ditandatangani oleh 168 negara di dunia⁸, pada tahun 2008, *World Health Organization* mengeluarkan strategi pengendalian dampak tembakau yang dinamakan dengan strategi MPOWER. Keenam strategi yang huruf pertamanya membentuk akronim MPOWER ini terdiri dari: Monitor penggunaan tembakau dan kebijakan pencegahannya; Perlindungan terhadap asap rokok; Optimalkan dukungan untuk berhenti merokok; Waspadakan masyarakat akan bahaya tembakau; Eliminasi iklan, promosi dan sponsor terkait tembakau; dan Raih kenaikan cukai tembakau.

MONITOR PENGGUNAAN TEMBAKAU DAN KEBIJAKAN PENCEGAHANNYA

Sistem *monitoring* penggunaan tembakau yang kuat diperlukan baik dalam perumusan maupun evaluasi kebijakan pengendalian tembakau. Sistem *monitoring* yang baik ini harus mampu memantau setidaknya 3 indikator yaitu prevalensi penggunaan tembakau; dampak implementasi kebijakan pengendalian tembakau; serta iklan, promosi dan perkembangan industri rokok.² Data yang didapatkan dari hasil *monitoring* ini selain dapat digunakan dalam perumusan kebijakan oleh pemerintah, dapat juga digunakan oleh masyarakat, pemuka agama dan tokoh masyarakat dalam mengembangkan kegiatan pengendalian konsumsi tembakau.

Di Indonesia sendiri, data yang ada menunjukkan penggunaan tembakau sangat meningkat dalam tiga dekade terakhir. Berdasarkan Susenas 2004, prevalensi perokok pada orang dewasa usia 15 tahun keatas adalah 63,1% pada laki-laki (meningkat 1,4% dari tahun 2001) dan 4,5% pada wanita (lebih dari 3 kali lipat prevalensi tahun 2001 yakni sebesar 1,3%) dengan prevalensi merokok secara keseluruhan telah meningkat dari 31,5% (2001) menjadi 34,4% pada tahun 2004.^{9,10} Pada kelompok anak usia 13 – 15 tahun, data *Global Youth Tobacco Survey* (GYTS) pada tahun 2006 menyebutkan bahwa sebesar 13,7% anak usia 13 – 15 tahun di Jawa adalah pengguna tembakau. Angka yang lebih tinggi didapatkan di Sumatera yaitu sebesar 22,8% anak usia 13 – 15 tahun adalah pengguna tembakau, artinya setiap 1 dari 5 anak usia 13 – 15 tahun di wilayah ini mengkonsumsi tembakau atau rokok setiap harinya.¹¹

Saat ini regulasi pengendalian tembakau atau secara spesifik pengendalian masalah merokok di Indonesia ada dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP) No. 19 tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok bagi Kesehatan

yang merupakan perubahan dari dua PP sebelumnya, PP No. 81 Tahun 1999 dan PP No. 38 Tahun 2000. Dicantumkan secara spesifik dalam PP No.19 Tahun 2003, bahwa peraturan pemerintah ini bertujuan untuk mencegah penyakit akibat rokok baik bagi individu perokok maupun bagi masyarakat. Hal-hal yang diatur dalam peraturan ini meliputi pengaturan tentang kandungan kadar nikotin dan tar; persyaratan produksi dan penjualan rokok, persyaratan iklan dan promosi rokok; serta penetapan kawasan tanpa rokok.¹²

PERLINDUNGAN TERHADAP ASAP ROKOK

Rokok tidak hanya berbahaya bagi penggunaannya tetapi juga membahayakan bagi orang yang berada di sekitarnya. Perokok pasif dewasa dapat menderita berbagai penyakit kronis seperti *stroke*, kanker paru (risiko terkena meningkat 20-30%), penyakit jantung koroner (meningkatkan risiko sebesar 25-30%) dan lain-lain. Pada anak-anak asap rokok juga meningkatkan risiko penyakit asma, tumor otak, *Sudden Infant Death Syndrome* (SIDS) serta gangguan saluran napas bagian bawah.¹³ *International Labour Organization* melaporkan bahwa setidaknya 200.000 orang pekerja meninggal setiap tahunnya karena terpapar asap rokok di tempat kerja. Di Amerika Serikat, 3400 kematian karena kanker paru adalah perokok pasif. Jumlah lebih besar terjadi pada penderita penyakit jantung, 46.000 pasien yang meninggal karena penyakit jantung adalah perokok pasif.¹⁴

Hal yang sangat ironis adalah lebih dari separuh negara di dunia, dengan jumlah penduduk mencakup 2/3 populasi dunia belum memberi perhatian yang cukup mengenai masalah ini dengan masih mengizinkan orang merokok di dalam gedung ataupun di tempat kerja.²

Larangan untuk merokok di dalam ruangan ataupun di tempat kerja yang ditetapkan di berbagai negara telah terbukti mampu menurunkan prevalensi penggunaan tembakau di negara tersebut.¹⁵ Di berbagai negara industri, penetapan kawasan tanpa rokok di tempat kerja mengurangi 29% konsumsi tembakau dan juga mengurangi prevalensi perokok sebesar 4%.¹⁴ Penelitian lain di Irlandia menyebutkan penetapan kawasan tanpa rokok pada tahun 2004 telah mengurangi konsentrasi nikotin di udara pada ruangan tertutup sebesar 83%.¹⁶

Larangan total merokok di dalam ruangan merupakan satu-satunya cara yang efektif untuk melindungi perokok pasif dari bahaya asap rokok. Tidak ada level aman bagi paparan terhadap asap rokok. Walaupun disediakan ventilasi dan/atau penyang udara, dampak paparan terhadap asap rokok tidak dapat dikurangi. Perlindungan yang efektif bagi perokok pasif dari paparan terhadap asap rokok hanyalah dengan menetapkan kawasan/lingkungan yang 100% bebas dari asap rokok.^{17,18,19} Namun, implementasi peraturan penetapan kawasan tanpa rokok harus diawali dengan edukasi publik terlebih dahulu sehingga timbul kesadaran dari masyarakat, terutama dari perokok itu sendiri untuk mendukung terbentuknya kawasan tanpa rokok untuk perlindungan perokok pasif.²

OPTIMALKAN DUKUNGAN UNTUK BERHENTI MEROKOK

Perokok merupakan korban ketagihan nikotin yang terkandung dalam rokok. Tiga dari empat pengguna

tembakau menyatakan ingin berhenti²⁰ namun sebagaimana layaknya orang yang terikat pada zat adiktif, berhenti merokok bukanlah suatu hal yang mudah sehingga membutuhkan dukungan dari orang-orang di sekitarnya.

Dari berbagai pengalaman di dunia, *World Health Organization* mengajukan tiga bentuk bantuan dukungan berhenti merokok yang meliputi layanan konsultasi ataupun klinik bantuan berhenti merokok di tempat pelayanan kesehatan primer; layanan bantuan lewat telepon yang murah dan mudah diakses (*Quitline*); serta terapi farmakologis yang murah dengan pengawasan dokter.

Suatu studi pada dokter Puskesmas di wilayah Yogyakarta menunjukkan bahwa hanya 8,2% dokter laki-laki dan 1,6% dokter perempuan yang selalu menanyakan apakah pasiennya merokok atau tidak. Sebagian besar hanya menanyakan status merokok pada pasiennya bila pasien datang dengan keluhan gangguan pernafasan (85,4% dokter laki-laki dan 89,6% dokter perempuan). Penelitian yang sama juga menyebutkan bahwa hanya 29,5% dokter laki-laki dan 44,1% dokter perempuan di Puskesmas yang menasehati pasiennya yang merokok untuk berhenti.²¹ Padahal pelayanan konsultasi berhenti merokok yang terintegrasi di pelayanan kesehatan primer oleh tenaga kesehatan pada setiap kunjungan dapat mendorong perokok untuk berhenti.^{21,22} Selain itu layanan bantuan berhenti merokok melalui telepon juga menunjukkan hasil yang efektif dalam menurunkan prevalensi merokok²³ dan juga memperkenalkan terapi pengganti nikotin bagi yang membutuhkannya. Farmakoterapi bagi orang yang ingin berhenti merokok dapat berupa terapi pengganti nikotin, obat antidepresan seperti bupropion ataupun vareniklin yang bekerja pada reseptor nikotin di otak dan mencegah pengeluaran dopamin yang memblokir sensasi kenikmatan yang dialami saat orang merokok.^{2,24}

Biaya dan dampak dari berbagai metode bantuan berhenti merokok diatas bervariasi dari orang ke orang. Oleh karena itu hendaknya setiap usaha bantuan berhenti merokok disesuaikan dengan kondisi setempat serta minat dan kebutuhan masing-masing individu.²

WASPADAKAN MASYARAKAT AKAN BAHAYA TEMBAKAU

Walaupun informasi mengenai bahaya tembakau bagi kesehatan telah sering didengarkan namun hanya sebagian kecil perokok yang mengerti apa saja sebenarnya bahaya rokok bagi kesehatan.²⁵ Karena itulah peringatan kesehatan wajib dicantumkan pada setiap kemasan produk tembakau dalam bentuk gambar untuk memastikan pesan yang disampaikan mengenai pada masyarakat secara keseluruhan, tanpa memandang apakah orang itu berpendidikan rendah atau tinggi.² Di dalam FCTC, pesan kesehatan yang dianjurkan adalah berupa gambar dengan area minimal sepertiga permukaan kemasan produk tembakau dengan pergantian gambar secara periodik.⁷

Saat ini baru 15 negara di dunia, mencakup 6% populasi dunia, yang mencantumkan pesan kesehatan berupa gambar pada kemasan produk tembakau. Pengalaman di berbagai negara ini menunjukkan bahwa pesan kesehatan berupa gambar efektif untuk menyadarkan masyarakat khususnya pengguna

tembakau akan bahaya penggunaan tembakau dan mendorong mereka untuk berhenti.^{26,27}

Di Indonesia, pesan kesehatan diatur dalam PP No.19 tahun 2003 berupa pesan teks dengan ukuran 3 mm yang diberi kotak dengan warna dasar kontras dengan tulisan.¹² Peralihan dari bentuk teks ke bentuk gambar ini tentunya memerlukan peran serta masyarakat untuk memberikan masukan bagi pemerintah. Penelitian di Jakarta menunjukkan 76% responden lebih memilih peringatan kesehatan berupa gambar dan tulisan sedangkan 9% lebih menyukai peringatan berupa tulisan.²⁸

ELIMINASI IKLAN, PROMOSI DAN SPONSOR TERKAIT TEMBAKAU

Setiap tahunnya industri tembakau menghabiskan 10 milyar dolar Amerika untuk mempromosikan produk mereka.² Walaupun mereka mengklaim bahwa promosi ini tidak ditujukan untuk meningkatkan penjualan produk mereka namun pada kenyataannya iklan, promosi dan sponsorship dari industri tembakau telah meningkatkan prevalensi pengguna tembakau. Hal ini dibuktikan dengan menurunnya prevalensi pengguna tembakau di negara-negara dengan larangan total iklan produk tembakau sebesar 9 kali lipat negara-negara tanpa larangan iklan produk tembakau.²⁹ Penelitian lain menunjukkan larangan iklan, promosi dan sponsor terkait tembakau menunjukkan efek penurunan konsumsi tembakau sampai 16% pada semua golongan pendidikan dan pendapatan.^{30,31,32,33}

Dengan kenyataan yang ada bahwa sebagian besar acara yang menarik perhatian publik di negara ini disponsori oleh industri tembakau, jelaslah bahwa peran serta semua pihak diperlukan dalam larangan total iklan dan promosi produk tembakau. Selain peraturan yang masih memungkinkan industri tembakau untuk berpromosi harus diubah, pandangan masyarakat yang menganggap tidak akan ada acara-acara olahraga maupun konser musik bila tidak ada industri rokok juga perlu diluruskan.

RAIH KENAIKAN CUKAI TEMBAKAU

Kenaikan harga tembakau melalui kenaikan pajak merupakan upaya paling efektif untuk mengurangi konsumsi dan mendorong orang berhenti merokok.³⁴ Peningkatan 70% harga produk tembakau dapat mencegah hingga seperempat kematian terkait tembakau di dunia.³⁵ Kenaikan pajak juga akan langsung meningkatkan pemasukan negara, yang dapat digunakan untuk upaya pengendalian tembakau dan program kesehatan serta program sosial penting lainnya.

Peningkatan pajak tembakau tidak mengurangi pemasukan negara dari pajak.³⁶ Kenaikan 10% pajak telah terbukti menurunkan konsumsi tembakau sebanyak 4% di negara-negara maju; sedangkan kenaikan pajak sekitar 7% menurunkan konsumsi tembakau yang mencapai 8% di negara-negara berpendapatan menengah dan rendah.^{34,35,36}

Sejak Januari 2008, cukai tembakau di Indonesia diatur dengan UU No. 39 tahun 2007 dan Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No. 134/PMK.04/2007. Peraturan ini menetapkan pajak cukai *ad valorem* yang berkisar antara 15-36% untuk kretek dan rokok putih buatan mesin dan 0-18% untuk kretek buatan tangan. Penurunan cukai *ad valorem* tersebut diimbangi dengan

kenaikan pajak khusus menjadi Rp. 35,-/batang untuk semua jenis rokok kecuali kretek buatan tangan ukuran kecil yang dikenakan Rp. 30,-/batang serta pajak maksimal yang dikenakan pada produk tembakau adalah sebesar 57%.

KESIMPULAN

Masalah penggunaan tembakau telah menjadi masalah kesehatan global tidak hanya di negara maju, tetapi juga di negara berkembang. Fakta-fakta yang ada menunjukkan bahwa kita tidak bisa lagi berdiam diri dalam mengatasi masalah ini. Keenam langkah strategi pengendalian tembakau yang diajukan WHO, harus dilaksanakan secara komprehensif untuk mendapatkan hasil yang optimal dalam pengendalian konsumsi dan dampak tembakau, tentunya dengan peran serta berbagai pihak.^{37,38}

KEPUSTAKAAN

- Mathers CD, Lonar D. Projection of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 2006, 3(11):e442.
- World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008. The MPOWER Package. Geneva, World Health organization, 2008.
- Gajalakshmi CK et al. Global patterns of smoking and smoking-attributable mortality. In: Jha P & Chaloupka F, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford University Press, 2000:11-39.
- Lopez AD, Collishaw NE & Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control*, 1994; 3:242-247.
- The World Bank Group, Economic of Tobacco Control Ch.6 The Cost and Consequences of Tobacco Control. 2006.
- Kosen, S. Unpublished Report. Presented in IPHA National Congress, August 2007.
- World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, WHO, 2003.
- World Health Organization. Full list of Signatories and Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. 26 Juni 2008. Akses di www.who.int/fctc/signatories_parties/en/index.html pada tanggal 27 Juni 2008.
- Badan Pusat Statistik. Survey Sosial-Ekonomi Nasional. Jakarta, BPS, 2001.
- Badan Pusat Statistik. Survey Sosial-Ekonomi Nasional. Jakarta, BPS, 2004.
- Global Youth Tobacco Survey (GYTS) 2006. Diakses di http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/searo/2006/IndonesiaSumatera_facsheet.html & http://www.cdc.gov/tobacco/global/GYTS/factsheets/searo/2006/IndonesiaJava_facsheet.html pada tanggal 3 Desember 2007.
- Peraturan Pemerintah No.19 Tahun 2003 tentang Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the Surgeon General. Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centre for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2006.
- California Environmental Protection Agency. Proposed identification of environmental tobacco smoke as a toxic air contaminant: executive summary. Sacramento, Californian Environmental Protection Agency, June 2005.
- Fichtenberg CM, Glantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. *BMJ*, 2002; 325(7357):188
- Mulcahy M et al. Secondhand smoke exposure and risk following the Irish smoking ban: an assessment of salivary cotinine concentrations in hotel workers and air nicotine level in bars. *Tobacco Control*, 2005; 14(6):384-388.
- World Health Organization/ International Agency Research on Cancer. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking: summary of data report and evaluation. Geneva, Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Human, Vol.83, 2004.
- ANSI/ ASHRAE Standard 62.1-2004, Ventilation for indoor air quality.
- Office on Environmental Health Hazard Assessment. Health effects on exposure to environmental tobacco smoke. Sacramento, Environmental Protection Agency, 1997.
- Jones, JM. Smoking habits stable: most would like to quit. 18 July 2006
- Ng N, Prabandari YS, Padmawati S, et al. Physician assessment of patient smoking in Indonesia: a public health priority. *Tobacco Control* 000:1-8 :doi:10.1136/tc.2006.018895, 2007.
- Solberg LI et al. Repeated tobacco use screening and intervention in clinical practice: health impact and cost effectiveness. *American Journal of Preventive Medicine*, 2006; 332(75369):458-460.
- Owen L. Impact of a telephone helpline for smokers who called during mass media campaign. *Tobacco Control* 2000, 9(2): 148-154
- Pfizer for Professionals. Mechanism of action of CHANTIX™ (VARENICLINE), 2007.
- Hammond D, et al. Effectiveness of cigarette warning labels in informing smokers about the risk of smoking: findings from the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006; 15(Suppl 3):ii19-iii25.
- Borland R. Tobacco health warning and smoking-related cognitions and behaviour. *Addiction*, 1997; 92(11):1427-1435
- Mahood G. Canadian tobacco package warning system. *Tobacco Control*, 1995; 4:10 - 14
- Pusat Penelitian Kesehatan Universitas Indonesia, Yayasan Jantung Indonesia dan SEATCA. Peringatan Bahaya Merokok pada Kemasan Rokok dalam Upaya Peningkatan Kesehatan. 2007
- Saffer H. Tobacco advertising and promotion.. In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. Tobacco control in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000.
- Smee C et al. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing London, Economic and Operational Research Division, Department of Health, 1992.
- Country Profiles. Fifth WHO seminar for a Tobacco-Free Europe, WHO Regional Office for Europe, Warsaw, 26-28 October 1995.

32. Jha P, Chaloupka FJ, Curbing the epidemic: governments and the economics of tobacco control. Washington, DC, Worldbank 1999.
33. Public Health at a glance – Tobacco control. Why is reducing use of tobacco a priority? Washington, DC, Worldbank, 2003.
34. WHO Tobacco Free Initiative. Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva, World Health Organization, 2004.
35. Jha P. et al. Tobacco Addiction. In: Jamison D et al., eds. Disease Control priorities in developing countries, 2nd ed. New York, Oxford University Press and Washington, DC, World Bank, 2006:869-885.
36. Chaloupka FJ et al. The taxation of tobacco products In: Jha P, Chaloupka FJ, eds. *Tobacco Control* in developing countries. Oxford, Oxford University Press, 2000:237-272.
37. Departemen Keuangan RI. Peraturan Menteri Keuangan (PMK) No.134/PMK.04/2007 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Keuangan Nomor 43/PMK.04/2005 tentang Penetapan Harga Dasar dan Tarif Cukai Hasil Tembakau. Jakarta, 2007.
38. Undang Undang No.39 Tahun 2007 tentang Perubahan Atas UU No. 11 Th. 1995 tentang Cukai. Jakarta, 2007.